

Directoras del proyecto

Xandra Luque chef y dietista jefe de cocina Clínica Universidad de Navarra en Madrid.
Concepción Manrique Alonso, directora del Área de Dietas de la Clínica Universidad de Navarra, Madrid

Objetivos:

Adaptar los menús hospitalarios, para intentar lograr no solo la idoneidad nutricional sino la mejor aceptación del paciente durante su internamiento, con el fin de ayudar a prevenir o revertir la desnutrición hospitalaria, al tiempo que se busca que la comida sea un momento de disfrutar. En resumen, transformar la experiencia de la comida hospitalaria en una experiencia de cuidado ("*care*").

Como objetivo secundario promover hábitos alimentarios saludables a partir de modificaciones en la composición y elaboración de ellos menús.

Material:

Se ha creado un código de dietas con más de 90 particularidades diferentes para diversas patologías (modificación de textura, patología digestiva, dietas renales, control de lípidos, control de hidratos de carbono, dietas para alergias e intolerancias etc..) con más de 900 recetas de elaboración propia.

Método:

Desde el área de Dietas trabajan coordinadamente la chef encargada de la confección de las recetas, el personal de cocina encargado de la elaboración de los menús individualizados junto con las dietistas-nutricionistas que recogen tanto las expectativas del paciente como el cumplimiento de los objetivos de la dieta.

Este trabajo se complementa con la formación continuada en alimentación y en gastronomía de todo el personal del servicio de Dietas.

Identificación de las acciones realizadas

Se ha confeccionado un código de dietas del hospital que recoge las distintas posibilidades de los menús hospitalarios especificados según distintas variables: indicación terapéutica, modificación de la textura o edad.

Los nutricionistas recoden en las plantas de hospitalización las necesidades del enfermo y las sugerencias sobre gustos y preferencias.

La modificación de algunas recetas clásicas con nuevos ingredientes ha conseguido mejorar la calidad nutricional de los platos, sin perder su aceptación.

A través de la recogida del desperdicio en la bandeja tras las comidas se valora la aceptación de la dieta personalizada.

Se han recogido un gran número de testimonios de agradecimiento por parte de los pacientes y sus familiares.

Implicación y sinergias

Esta estrategia se enmarca dentro de los objetivos de la línea estratégica 1: Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, en el seno de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2019) -

<https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion E. Croniciad Final.pdf>- y de la Estrategia de Prevención de la Desnutrición relacionada con la Enfermedad.

Por otro lado, se hace también referencia, en lo que respecta a los aspectos más específicos de nutrición, a la "Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS", con más de 15 años de trayectoria y consolidada por la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm.

La implementación de este programa se ha realizado con la ayuda del personal de enfermería de las plantas de hospitalización, así como de los médicos responsables de la atención hospitalaria.

. Evaluación de proceso y de resultados: metodología, indicadores, y el impacto sobre la población diana.

La desnutrición hospitalaria es un problema frecuente en los hospitales de los países desarrollados. Si la desnutrición se encuentra asociada a alguna dolencia se denomina desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), y suele ser desencadenada por la propia enfermedad causando anorexia, vómitos, diarreas, malabsorción, por el aumento de los requerimientos calórico-proteicos asociados al curso de la enfermedad o por los efectos secundarios de los tratamientos de la misma. El estado de desnutrición en el paciente hospitalizado ocasiona un peor curso clínico del mismo, conllevando la aparición de complicaciones, una mayor estancia hospitalaria, mortalidad y un mayor coste sanitario. En el estudio español PREDYCES se observó un 23% de prevalencia en pacientes hospitalizados en riesgo nutricional, con un coste adicional asociado de 5.829 euros por paciente. La prevención de la DRE es uno de los objetivos del Área de Dietas de la Clínica Universidad de Navarra.

Desde que empezó en 2017 el Área de Dietas de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid la idea fue trabajar e investigar la posibilidad de conseguir adaptar una gastronomía individualizada en todas las particularidades dietéticas y patológicas de nuestros pacientes, intentando lograr a través de la alimentación una mejora de la salud personal, una ayuda al tratamiento y un momento de disfrutar y olvidar- en su caso- los problemas de salud que habían motivado su internamiento.

Se completaba con la idea de sugerir y ayudar a cambiar hábitos de vida no saludables y disfrutar de todo lo que nuestra gastronomía, con especial referencia a la dieta mediterránea, proporciona.

Teniendo como marco las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); una dieta malsana es un factor de riesgo clave de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) que puede modificarse. Si no se combate, la mala alimentación - junto con otros factores de riesgo- aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y sobrepeso u obesidad

El reto era conseguir los objetivos de la OMS para una dieta saludable haciéndolo de una manera atractiva.

La manera de llevarlo a cabo, desde el principio, ha sido a través de una cuidadosa elección de proveedores, con materia prima de buena calidad, frutas y verduras de temporada. Sin utilizar alimentos ultra procesados, elaborando todo en nuestras cocinas. Usando exclusivamente aceite de oliva virgen extra para todas las elaboraciones. Reduciendo la sal mediante la utilización de aromas naturales a través de especias para realzar sabores (tomillo, romero, orégano, albahaca, cúrcuma, pimienta). Sustituyendo el azúcar refinado por panela, en las elaboraciones que no es posible eliminarlo, y en la mayoría de elaboraciones utilizando el azúcar presente en los alimentos, con técnicas de cocción apropiadas. Con harinas integrales (chufas, coco, castaña, arroz, centeno, avena, algarroba, sarraceno) en lugar de harinas refinadas.

Y dando a conocer grupos de alimentos que están en la sombra e integrándolos como principales en la dieta, por ejemplo:

Harina de chufas: con una dulzura intrínseca, para pacientes con diabetes o aquellos que necesiten un aporte extra de fibra. Libre de gluten.

Harina de coco: Elaborada a base de la pulpa de coco. Rica en fibra (60 g/100 g) y proteínas.

Harina de Castañas: Interesante por su aporte en fibra (9g/100g), proteínas (5,6 g/100g), hidratos de carbono (79 g/100 g), y magnesio, potasio, hierro y fósforo. También sin gluten.

Harina integral de trigo sarraceno

Panela: se obtiene de la evaporación del jugo del azúcar de caña, por lo que preserva la mayor parte de los nutrientes que encontramos en la caña. En su composición además de 75-83 g sacarosa/100 g; 5.5-12 g azúcares reductores/100 g contiene diferentes vitaminas, minerales, flavonoides y polifenoles que no se pierden en el proceso de elaboración del azúcar blanco.

La chía es una fuente excelente de grasa omega-3 (aproximadamente el 65% del contenido de aceite es de ácido α -linolénico). La semilla de chía es una fuente potencial de antioxidantes con la presencia de ácido clorogénico, ácido cafeico, miricetina, quercetina y kaempferol. Es una gran fuente de fibra dietética. La utilizamos en algunas ensaladas, pudding, mermeladas, salsas.

Así se ha creado un código de dietas dónde además de la dieta basal con menú de elección con cinco primeros cinco segundos y cinco postres; también hay otras 20 dietas que pueden tener menú de elección.

Se han llevado a cabo varios estudios modificados por ejemplo desayunos y meriendas; introduciendo fruta en los desayunos, batidos de fruta natural en meriendas. Jugando con el azúcar presente en los alimentos, con las distintas texturas y sabores, introduciendo la chufa, coco, dátiles, lúcuma, yacón...de modo que endulzamos sin añadir azúcares libres.

Comparando la composición nutricional en una planta de hospitalización con las que estamos elaborando siguiendo las recomendaciones de la OMS hemos conseguido en sólo estas dos tomas bajar el aporte energético un 30%; la grasa saturada en un 73% y aumentar el aporte de fibra en un 65%; respecto a un desayuno y merienda tradicional.

Mostramos como ejemplo tres elaboraciones para estas comidas:

Compota de manzana, en la que no se añaden azúcares libres, y se consigue el dulzor con sus propios azúcares a través de un tratamiento lento de cocción. A diferencia del producto industrial, donde el contenido de manzana es un 88%, a lo que se le añade azúcar, jarabe de fructosa glucosa, y un antioxidante: ácido ascórbico.

Brownie de boniato a base de boniato, dátiles, harina de almendra, harina de trigo sarraceno, nueces, aceite de oliva suave, cacao puro, frambuesa. Sin azúcares añadidos, sin gluten, siendo apto para celíacos. Frente a su homólogo industrial que contiene azúcar, huevo, grasa de palma, harina de trigo, pasta de cacao, aceite de nabina, jarabe de glucosa, manteca de cacao, dextrosa, E 476, jarabe de azúcar invertido, leche en polvo, emulgentes (E 492, E 322, E 476, E 473), suero de leche en polvo, leche desnatada condensada, cacao magro, grasa de leche, aromas, E 202, (E 330, E 334), gelificante E 401, gasificantes (E 450, E 500). No es apto para dietas sin gluten, diabéticos, hiposódicas o cardiosaludables.

Crema de avellanas con avellanas, bebida de almendras, aceite de oliva suave, panela. Contiene menos de la mitad de grasas saturadas que el análogo industrial, menos del 80% de azúcares y el doble de fibra, la grasa es fundamentalmente monoinsaturada proveniente de las avellanas y el aceite de oliva. En comparación con el producto industrial que contiene azúcar, manteca de palma, avellanas (13%), leche desnatada en polvo (8,7%), cacao desgrasado (7,4%)E 322, vainillina. Excede el límite de azúcares libres recomendado por la OMS y contiene casi cuatro veces más sal que el de elaboración propia.

Siguiendo las recomendaciones dietético nutricionales, del Servicio Madrileño de Salud, se hace una rotación de menús de cuatro semanas, donde ajustamos las recomendaciones de cada grupo de alimentos a la frecuencia recomendada (incrementando el pescado azul, las legumbres, las frutas y verduras, disminuyendo la carne roja...)

Se han creado más de 980 recetas para poder llegar a todas las patologías, necesidades, requerimientos de nuestros pacientes para hacerles disfrutar de unos momentos agradables y contribuir a una mejora de su salud.

En proyecto muy avanzado está la publicación de un libro que recoge algunas de las recetas y las experiencias de los pacientes.

Continuidad y sostenibilidad del proyecto en los próximos años y la financiación económica con la que se cuenta para desarrollarlos

El modelo de Dietas de la Clínica Universidad de Navarra, se basa en hacer del paciente el centro de los cuidados. La alimentación del paciente, junto a otros servicios de hostelería y limpieza están en los cimientos de esos cuidados. La continuidad la aseguramos con la formación, para ello el personal del Servicio de Dietas realizó el curso pasado hizo un curso de dietética para personal de restauración, además de la formación continua que tenemos en la propia área, algunas de las sesiones llevadas a cabo por las nutricionistas.

El proyecto se continua con algunas jornadas-taller sobre hábitos saludables, encaminados a niños con necesidades especiales y a sus familias y con la visita a las instalaciones del Servicio de grupos de escolares acompañados de sus tutores y profesores. Esta actividad no ha podido realizarse durante el pasado curso por la pandemia Covid-19.

Asimismo, alumnos procedentes del grado de Nutrición de varias Universidades españolas y técnicos de Dietética y Nutrición humana hacen estancias electivas y rotaciones en nuestro servicio.

A su vez las nutricionistas acceden a simposios y congresos de nutrición: Se han presentado en los dos últimos años comunicaciones en diversos Congresos y reuniones nacionales en SENPE, SEINAP, SEPEAP, etc.. e impartido talleres de formación en el seno de los mismos.

La financiación económica no requiere más que el presupuesto ordinario y contar con la implicación de todo el personal.

Planteamiento innovador y original

Frente a una visión simple de los menús hospitalarios en la que prima sólo la idoneidad y el equilibrio nutricional, la nueva cocina hospitalaria tiende a personalizar la atención recibida, al igual que se trabaja en la atención al paciente en otras áreas de su proceso de enfermar. La medicina personalizada ha pasado de ser una quimera a una realidad, en especial en algunas áreas (Oncología, Inmunología clínica, etc).

La posibilidad de hacer compatible la idoneidad nutricional junto con la aceptación del paciente pasa por incorporar la gastronomía en la cocina hospitalaria. Para ello se ha optado en la Clínica por potenciar el papel del chef con formación dietética en la elaboración de los platos.

Recogemos las palabras de Xandra Luque, que muestran la inquietud que mueve a innovar en esta área: "Mi idea desde que empecé a trabajar en Clínica Universidad de Navarra fue, ¿Por qué hay que hacer "comida de hospital"? Vi la necesidad de crear un modelo único hospitalario, sin seguir ningún canon y con un objetivo muy claro: el paciente, su salud y su satisfacción personal.

Para ello, partí de una idea que tenía en mi cabeza, la transmisión de emociones sensoriales y gustativas a través de los platos. Siempre luché por transmitir a través de la gastronomía, y con los pacientes vi el sentido real de mi dedicación estos años atrás. ¿Podría ser capaz de mejorar su enfermedad? ¿Conseguiría hacerles sentir mejor?

El hecho de encontrarse postrado en la cama de un hospital, era una situación que me conmovía y me trasladaba a un espacio completamente diferente al que estaba habituada a sentir en los restaurantes.

Esta sensación, abrazaba una parte profunda de mi interior que me llevaba a querer estar más cerca de ellos, aunque no pudiera ser físicamente.

Me preguntaba qué sentirían, cómo podía hacerles sonreír al destapar la bandeja, cómo hacer de su rutina diaria un día diferente, aunque el entorno fuera hospitalario.

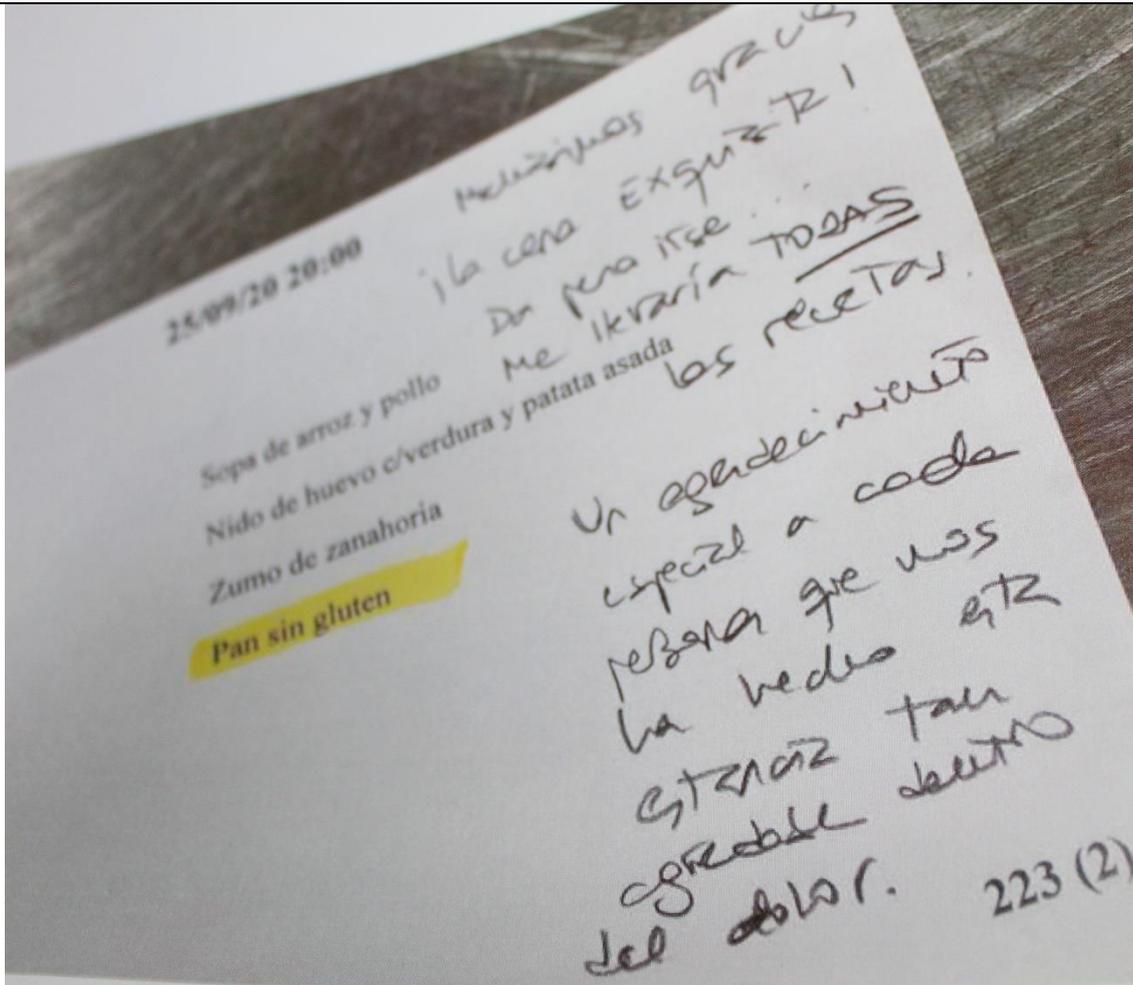
Tras largos meses de intenso trabajo y pruebas de platos, decidimos poder extenderlo a diversas patologías y particularidades dietéticas, y me surgió un nuevo reto: crear platos atractivos con una importante restricción de ingredientes. Y así se hizo. ¿Por qué tratar a las restricciones pensando en qué no podían tomar? Siempre la base, fue apostar por el amplio abanico que nos brinda la dieta mediterránea, rica en ingredientes de lo más variado por diferentes épocas del año con infinidad de combinaciones para dar una vuelta de tuerca al paladar más exigente.

El trabajo que hemos realizado ha sido intenso por parte de todo el equipo. Ha conllevado mucho esfuerzo, investigaciones, pruebas y un gran trabajo de fondo estudiado.

Todo el equipo que componemos el área de Dietas, directora del área, nutricionistas, y equipo de gastronomía y office, trabajamos duro a diario para que el montaje de la bandeja cobre vida cada día en la cinta de emplatado.

Gracias a todas las personas que componemos éste maravilloso equipo y a la labor de aunar conocimientos y aptitudes, se mantiene cada día la idoneidad y autenticidad de lo que creamos hace 3 años. La puesta en marcha nos ha hecho crecer a todas como personas, laboralmente, hemos construido un modo "familiar" más unido que nunca, en la lucha y perseverancia por hacerles ver en cada toma que no están solos".

Algunos de los ejemplos prácticos que ilustran este planteamiento pueden verse a continuación:



LAS DIETAS HOSPITALARIAS DEBEN SER DIETAS APETECIBLES

Verduras en su punto óptimo de cocción, contrastes dulces y salados de un modo natural. Atractivas visualmente, manteniendo color y textura (nutrientes).





LAS DIETAS HOSPITALARIAS DEBEN SER DIETAS APETECIBLES: UN MODELO PARA TODOS

Tortilla de patata **sin huevo**, con harina de garbanzo apta para dietas bajas en yodo, y para alérgicos al huevo.



Sin huevo
Sin lácteos
Sin gluten



ELIMINACIÓN DE FRITURAS. TEXTURAS CRUJIENTES A TRAVÉS DE SEMILLAS.



La técnica del marinado permite una mayor jugosidad y concentrado de los sabores en la materia prima.

Es interesante, en este plato, la combinación con las semillas de lino. Las semillas son un alimento altamente denso, que contienen una gran cantidad de aceites poliinsaturados, proteína vegetal, compuestos flavonoides y otros componentes que poseen actividades hormonales y efecto antioxidante. Además, contienen gomas y mucílagos, un tipo de fibra dietética soluble, con efecto hipocolesterolemizante.



INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS POCO HABITUALES EN DIETAS HOSPITALARIAS VARIABILIDAD Y ACEPTACIÓN



Una oferta variada de ensaladas en la dieta nos facilita que aportemos los nutrientes provenientes de las verduras y hortalizas en crudo, sin sufrir las pérdidas del cocinado.

Si además, a la base de verduras y hortalizas, añadimos una parte proteica (queso, conservas de pescado, frutos secos...), y granos o semillas (en este caso, la quinoa), obtenemos un plato completo nutricionalmente hablando.

COCINA MEDITERRÁNEA ADAPTADA A LOS TIEMPOS. MADRID



VERDURAS BRASEADAS CON SALSA ROMESCO

Utilizamos verduras de temporada, cuidando su tratado para evitar pérdida de nutrientes y conservar al máximo su sabor y jugosidad.



Pancakes de quinoa, mermelada de manzana y sirope de yacón para endulzar



Tarta de zanahoria y anacardos, apta para veganos e intolerantes al huevo, gluten y lácteo



Mousse de yogur, frutas y frutos secos; efecto sinérgico prebiótico + probiótico. Añadiendo avena en alguna de las elaboraciones...

EL EMPLATADO COMO HILO CONDUCTOR

Cuidamos al máximo la presentación de la bandeja del paciente, la calidad visual es uno de los aspectos críticos en la aceptación del plato. Por ello, investigamos y creamos nuevas alternativas adaptadas a los tiempos.



La contemplación de criterios de equidad y perspectiva de género

Dentro de la equidad, se ha hecho una apuesta por la mujer en un campo como es la gastronomía, en el que en ocasiones no ha sido tan fácil para las mujeres ocupar un puesto relevante. Y además se ha logrado integrar un equipo engranado por personas de distintas nacionalidades (España, Kenia, Perú, Ecuador, Argentina)

También se destacan los esfuerzos realizados en sostenibilidad, reducción de plásticos, acercamiento a cocina KM 0, mediante la apuesta por los productos de

proximidad hasta la creación de un pequeño huerto propio, cuyos productos se emplean en la elaboración de algunos de los platos.